



**PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN CIRUGIA BARIATRICA 2017**

Fecha del informe:

**Nombre del Programa/Equipo:** .....

Fecha Inicio de actividad:

Dependencia institucional:            SI                             NO

**Nombre Institución:** .....

Director del Programa/Equipo: .....

Responsable de los datos informados: .....

Domicilio de atención ambulatoria: .....

Nombre y Domicilio del Centro quirúrgico: .....

En caso de realizar cirugías en más de 1 Centro aclarar más abajo. Marque con una X el/los Centro/s para los que solicita acreditación:

Nombre y Domicilio de cirugía/internación 2: .....

Nombre y Domicilio de cirugía/internación 3: .....

Nombre y Domicilio de cirugía/internación 4: .....



**Miembros de equipo:**

Adjuntar en Anexo un CV resumido de cada miembro en que consten: especialidad, cargo, función, dedicación horaria, antecedentes formativos, docentes, societarios y académicos más relevantes. El mismo no debe exceder una carilla.

**Nombre y Domicilio del Centro quirúrgico\*:**

.....  
.....  
.....

**Nombre , especialidad, matrícula y cargo dentro del servicio:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Registro y habilitación:**

1.- ¿Cuenta la Institución donde se asienta este Programa con la habilitación sanitaria otorgada por el Ministerio o Secretaría de Salud, correspondiente? (Habilitación Categorizante para Establecimientos de Salud con Internación)

SÍ  NO

2.- ¿Ha sido registrada en la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud del Ministerio de Salud dentro del Registro de Establecimientos de Cirugía Bariátrica?

SÍ  NO  N° de Registro:..... Año de Registro:.....

**Recursos del Centro:**

Consultorio:

- Secretarías exclusivas
- Agenda exclusiva
- Consultorio equipado con balanza (mínima capacidad 200 kg). Cantidad: .....
- Mobiliario adecuado a pacientes con obesidad mórbida
- Teléfono de contacto

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.



Mail/página web de contacto

Internación:

Personal administrativo

Enfermería 24 horas

Guardia clínica 24 horas

Guardia de cirugía general 24 horas

Guardia de anestesiología 24 horas

Guardia de cardiología 24 horas

Radiología 24 horas

Ecografía 24 horas

Tomografía 24 horas

Quirófano para urgencias

Quirófano equipado con torre de laparoscopia

Camilla quirúrgica con capacidad superior a 200 kg

Insuflador de neumoperitoneo de alto flujo

Equipo de grabación de cirugías

Terapia intensiva

Servicio de gastroenterología con capacidad de realizar intervencionismo

Servicio de hemoterapia

Interconsulta con infectología

Servicio de Soporte nutricional

Protocolos institucionales preestablecidos (para procesos generales)



- Comité de ética
- Comité de evaluación de trabajos de investigación
- Departamento de docencia e investigación

¿Cómo se contiene la demanda no programada de los pacientes bariátricos en este Centro?

- Los cirujanos de guardia pueden manejar la demanda
- Existe contacto permanente con los miembros del Equipo y asisten al llamado
- Ante la demanda el paciente es derivado a otro Centro de atención donde lo ve el Equipo
- La demanda no puede ser contenida en este Centro

#### Sistematización de procesos:

1. ¿Con qué especialistas cuenta su equipo multidisciplinario?

- Licenciado/a en nutrición
- Médico/a nutricionista
- Psicólogo/a
- Psiquiatra
- Endocrinólogo/a
- Médico/a Clínico/a
- Cardiólogo/a
- Neumonólogo/a
- Especialista en imágenes
- Preparador físico/Profesor de educación física



2. ¿Cómo administra la información a sus pacientes? (marque todos los que corresponda)

- Entrevista en consultorio
- Charlas grupales
- Cuadernillo o folletos impresos informativos
- E-mails
- Redes sociales (Facebook-Twitter)
- Grupos de candidatos y pacientes operados

3. Esquema de su algoritmo de evaluación preoperatoria (circuito del paciente por distintos especialistas). Describir:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ¿Qué estudios solicita sistemáticamente antes de la cirugía?

- Endoscopia digestiva alta
- Ecografía abdominal
- Seriada esofágica
- Laboratorio completo
- Ecodoppler cardíaco
- Manometría esofágica
- pHmetría esofágica (con o sin Impedanciometría)

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.



- Espirometría
- Polisomnografía
- Evaluación de aptitud por Salud mental
- Evaluación cardiológica
- Evaluación endocrinológica
- Evaluación por hepatología
- otros (describir): .....

.....

5. ¿Los estudios se hacen exclusivamente en la Institución?

SÍ  NO

6. Criterios de indicación y selección de tipo de cirugía:

Rango de edad en los que efectúa la cirugía \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ años

Rango de IMC en los que efectúa la cirugía \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Cirugía de elección en RGE severo: .....

Cirugía de elección en DMT2 severas: .....

Cirugía de elección en adolescentes: .....

Otros criterios que merezcan su descripción: .....

.....

.....

.....

7. ¿Cómo se realiza la discusión de casos conflictivos? (Marque lo que corresponda)

- Reuniones periódicas
- Discusión entre médicos tratantes (no todo el Equipo)
- La decisión es del cirujano
- Interconsulta con especialistas fuera del Equipo

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.



8. Esquema de su algoritmo de preparación preoperatoria (Describir):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. En un Anexo adjunte la descripción de la técnica quirúrgica para **cada procedimiento** que se realiza en su Equipo, agregando también la descripción de cambios de conducta frente a hallazgos intraoperatorios no esperados.

10. ¿Firman todos los pacientes un consentimiento informado específico y detallado para cirugía bariátrica?

- No (el consentimiento no es específico o no se firma)
- Sí, se entrega a la obra social o prepaga
- Sí, queda archivado en la historia clínica de internación
- Sí, con copia archivada en el Centro bariátrico o Institución de pertenencia

11. Ante complicaciones postoperatorias:

- Se puede resolver en el centro donde fue internado el paciente
- Debe ser derivado a un centro de mayor complejidad
- El lugar de internación es determinado por la prepaga u Obra social

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.





- Se da aviso a los cirujanos del Equipo
- Es manejada por cirujanos generales de la institución
- La conducta ante cada complicación es sistemática

En caso de ser así adjuntar descripción de la sistemática de diagnóstico y tratamiento para: dehiscencia, fístula, hemorragia digestiva, estenosis.

12. ¿Con qué frecuencia asiste el paciente a control nutricional luego de la cirugía?

	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
0-6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2do año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luego del 2do año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Con qué frecuencia asiste el paciente a control quirúrgico luego de la cirugía?

	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
0-6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2do año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luego del 2do año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Con qué frecuencia pide los siguientes estudios de seguimiento durante el 1<sup>er</sup> año postoperatorio?

	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	Nunca
Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografía abd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Con qué frecuencia pide los siguientes estudios de seguimiento luego del 2<sup>do</sup> año postoperatorio?

	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	Nunca
Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografía abd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Participan los pacientes de Grupos de Apoyo postoperatorio?

SIEMPRE  SI (no sistemáticamente)  NO

17. ¿Realiza reuniones/talleres periódicos para convocar pacientes en postoperatorio alejado?

SI  NO

18. ¿Realiza seguimiento telefónico a pacientes perdidos en el seguimiento presencial?

SI  NO

**Registro de actividad del Centro/Equipo:**

1. ¿En los últimos 12 meses, cuántos procedimientos bariátricos realizó su Centro?

Bandas Gástricas	
Gastrectomía en manga	
Bypass en Y de Roux	
Bypass de una anastomosis	
Switch duodenal	
Revisiones	
Otras*	
TOTAL	

\*(aclarar):

.....  
.....  
.....

.....

Porcentaje de cirugías realizadas por laparoscopia: \_\_\_\_\_%

2. ¿En los últimos 12 meses, qué morbilidad se registró en su Centro relacionada únicamente a cirugías bariátricas?

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.



	Número	%
Reingresos*		
Reinternaciones		
Reoperaciones (total)		
Reop. laparoscópicas		
Reintervenciones**		

\*se incluyen reinternaciones e ingresos a Guardia sin internación

\*\*drenajes percutáneos, endoscopías terapéuticas, etc (NO CIRUGIAS)

	Bypass	Manga
Fístulas		
Hemorragias		
Estenosis		

3. Porcentaje de mortalidad histórico en su Centro: \_\_\_\_\_%

(enumere las 5 causas más frecuentes y el número de casos)

Causas de mortalidad \_\_\_\_\_

(frecuencia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Modo de registro del seguimiento alejado de pacientes

Historia clínica impresa

Planilla Excel

Base de datos informatizada

Base de datos informatizada con posibilidad de acceso desde múltiples computadoras



5. Actividad académica del Equipo

- Reuniones interdisciplinarias
- Ateneos
- Asistencia a Congresos
- Investigación clínica
- Publicación en medios nacionales
- Publicación en revistas internacionales